TITRES ET TRAVAUX

DU

Dr CH. FÉVRIER

MÉDECIN-MAJOR DE 2e CLASSE

MÉDECIN EN SECOND DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1892

TITRES

Élève du service de santé militaire (Concours de 1874).

Médecin stagiaire au Val-de-Grâce (1875).

Docteur en médecine de la Faculté de Paris (1877).

Aide-major (Concours de 1877).

Chef de clinique chirurgicale à l'École d'application de médecine militaire du Val-de-Grâce (Service du professeur Gaujot, 1878-1879).

Service aux ambulances et hôpitaux du corps expéditionnaire de Tunisie (1881 à 1884).

Médecin-major de 2e classe en 1884.

Médecin-chef de l'hôpital militarisé d'Abbeville (1888-1890).

Médecin en second de l'École polytechnique (1890).

TRAVAUX



Des fistules dans les rétrécissements du rectum.

(*Thèse inaugurale*, Paris, 1877.)

Dans ce travail, nous avons étudié les fistules qui succèdent aux rétrécissements du rectum. Nous les avons divisées en trois groupes : a. *fistules recto-vaginales* ; b. *fistules recto-vésicales et uréthrales* ; c. *fistules recto-cutanées*.

Nous avons cherché à établir que les deux premiers groupes résultent d'abcès périrectaux, ou d'ulcérations amenant la communication de deux cavités normalement séparées.

Les fistules aboutissant à la peau dépendent de rétrécissements siégeant surtout à la partie inférieure du rectum. Des abcès primitivement indépendants, bien étudiés par le professeur Verneuil, s'ouvrent secondairement dans le rectum et à la peau.

L'indication est de supprimer d'abord le rétrécissement et de traiter ensuite la fistule par des moyens appropriés.

Pour les fistules, nous avons adopté les règles de traitement formulées par M. le professeur Verneuil :

1° Inciser verticalement la paroi rectale de haut en bas, de manière à comprendre par la section toute l'épaisseur du point rétréci ;

2° Débrider les trajets fistuleux principaux et accessoires, comme dans les cas ordinaires de fistule à l'anus.

Myélite ascendante aiguë. — Mort par asphyxie.

(*Journal des Connaissances médicales*, 1879.)

Fracture par enfoncement de la base du crâne.

(*Recueil de Mémoires de medecine et de chirurgie militaires*, 1880, p. 593.)

Les exemples de chute sur le vertex produisant un enfoncement de la base du crâne par la colonne vertébrale agissant à la façon d'une tige rigide ne sont pas très fréquents.

Trélat, Berchon et Chauvel avaient décrit des faits de ce genre. Pendant notre passage à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, nous avons observé un cas de cette variété de fracture que nous avons cru devoir publier.

Un soldat de vingt-deux ans succombe aux suites d'une chute sur le sommet de la tête, faite du premier étage de l'École Militaire.

Nous pratiquons l'autopsie et trouvons la voûte du crâne intacte.

Mais, du côté de la base, nous voyons des deux côtés une fissure partant à 1 centimètre en arrière du condyle de l'occipital pour se porter directement en dehors, gagner le point où la suture occipito-temporale s'unit à la pariéto-temporale ; cette dernière était fortement disjointe. Puis la fêlure, coupant les cellules mastoïdiennes, le conduit auditif externe, la paroi supérieure de la caisse, gagnait le trou déchiré antérieur et, coupant la selle turcique, s'unissait à celle du côté opposé.

Du côté gauche, deux fêlures secondaires, se détachant, lézardaient le plafond de l'orbite.

Ces lignes dans leur ensemble circonscrivaient donc un fragment elliptique occupant le centre de la base du crâne.

Nous avons pensé qu'on devait rattacher le mode de production de cette fracture au mécanisme indiqué par le professeur Duplay, qui admet que dans une chute sur le vertex la colonne vertébrale supportant le poids du corps et des membres vient enfoncer la base du crâne.

Hydarthrose du genou consécutive à un traumatisme à distance.

(*Recueil de Mémoires de médecine militaire*, 1882, p. 519.)

Un cavalier du 1er hussards reçoit un coup de pied de cheval à la partie moyenne de la face externe de la cuisse droite. Déchirure des fibres les plus postérieures de la partie moyenne du vaste externe. Épanchement sanguin intramusculaire.

Les jours suivants, une ecchymose se développe le long de la cuisse et, quatre jours après l'accident, se montre au voisinage du creux poplité. A ce moment, le genou devient le siège d'une hydarthrose.

Nous avons jugé cette observation digne d'intérêt, parce qu'elle confirme l'opinion de Gosselin et de M. Berger au sujet du mécanisme de l'hydarthrose dans les fractures de cuisse.

Dans notre cas, il n'existait pas de fracture ; mais cette circonstance viendrait encore davantage à l'appui de la théorie.

Déchirure du foie avec vaste épanchement sanguin péritonéal ayant simulé un hémothorax droit.

(*Gazette médicale de Paris*, 15 septembre 1888. En collaboration avec le Dr Chavier, médecin-major.)

Un maréchal des logis du 3e chasseurs est projeté avec son cheval emporté contre un arbre.

Phénomènes de commotion cérébrale. — Fracture de côtes à gauche.

L'exploration minutieuse de l'abdomen et en particulier du foie, que nous avions déjà trouvé lésé dans ce genre d'accidents, est absolument négative.

Connaissance revenue le lendemain. — Rien du côté de l'abdomen. — Matité à la base du poumon droit. Nous sommes naturellement porté à croire qu'il s'agit d'un hémothorax que nous attribuons à une déchirure indirecte du poumon, le choc ayant porté à gauche. — Apparition d'un léger emphysème à la base du cou et matité remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

La fièvre s'allume. Le ventre reste toujours souple et non douloureux. Matité normale du foie, se continuant en haut avec celle de la plèvre.

Le malade meurt dans la nuit du quatrième jour. A l'autopsie, nous trouvons à peine un demi-litre de liquide louche dans la plèvre droite. Mais de ce côté le diaphragme fait une voussure énorme, réduisant de moitié la cavité pleurale.

Collection sanguine considérable entre l'intestin et la face inférieure du foie qui est soulevé vers le thorax.

Vaste déchirure du foie presque transversale siégeant à deux centimètres en avant du ligament suspenseur et intéressant l'organe dans toute son épaisseur.

Cette observation constitue un exemple intéressant de rupture indirecte du foie consécutive à un traumatisme portant à gauche. Elle montre aussi combien le diagnostic de ces ruptures dans certaines conditions est quelquefois embarrassant.

Deux cas de scarlatine chirurgicale.

(*Gazette médicale de Paris*, 15 septembre 1888. En collaboration avec le Dr Chavier, médecin-major.)

Les faits de ce genre sont maintenant bien connus depuis les observations de M. le professeur Verneuil et de son élève Tremblay. Trélat a observé deux faits de même nature où la scarlatine apparut le lendemain et la nuit qui suivirent l'opération.

Nos deux malades, cavaliers au 3e chasseurs, sont blessés, l'un en duel d'un coup de sabre à l'avant-bras droit, l'autre à la manœuvre par un coup de pied de cheval à la jambe droite. Les deux blessés sont pris, l'un le lendemain, l'autre le deuxième jour, de scarlatine débutant par le pourtour de la plaie. Les locaux où ils étaient couchés avaient reçu quinze jours auparavant des scarlatineux, et la scarlatine régnait à l'hôpital.

La durée de la maladie, l'élévation de la température, l'angine, la desquamation spéciale et même chez l'un des malades l'albuminurie et l'anasarque, tout indiquait incontestablement une scarlatine véritable.

Manifestation spinale de la blennorrhagie.

(*Revue de médecine*, janvier 1889. En collaboration avec le Dr Chavier, médecin-major.)

En juin 1888, MM. Hayem et Parmentier ont publié un mémoire sur les accidents nerveux de la blennorrhagie. Nous avons observé un nouveau fait de ce genre qui montre de plus que, contrairement à l'opinion des auteurs précités qui n'avaient observé que l'envahissement des parties supérieures de la moelle, l'axe médullaire peut être pris dans toute sa hauteur, puisque non seulement les membres supérieurs furent atteints, mais encore les membres inférieurs devinrent le siège de troubles de la motilité, de la sensibilité et de la nutrition.

Coup de feu de l'avant-bras gauche. Séjour du projectile dans le rond pronateur. Douleurs et troubles trophiques nécessitant l'enlèvement de la balle.

(*Gazette médicale de Paris*, 6 avril 1889.)

La tolérance du tissu musculaire pour les petits projectiles est aujourd'hui un fait généralement admis. Cependant dans quelques cas il peut surgir des troubles fonctionnels assez marqués pour nécessiter l'intervention; c'est ce qui nous a engagé à publier cette observation où le blessé, un an après l'accident, éprouva de la difficulté des mouvements, de la douleur et quelques troubles trophiques dans la masse correspondante. L'ablation du projectile fit disparaître ces accidents.

Note sur un cas de kyste du creux poplité.

(*Gazette médicale de Paris*, 23 mars 1889.)

Nous avons cru devoir publier cette observation relative à un kyste de la bourse commune au demi-membraneux et au jumeau, kyste probablement indépendant de l'articulation du genou, que nous avons traité par l'extirpation. On sait que depuis quelque temps cette question de la communication a préoccupé à la fois les anatomistes et les cliniciens. Dans notre cas, nous n'invoquerons à l'appui de la non-communication ni

l'examen de la poche pratiqué pendant la dissection (car on sait combien même sur le cadavre cette recherche est délicate), ni l'irréductibilité du kyste (car souvent la disposition de l'orifice et la consistance gélatineuse du liquide s'opposent à son reflux dans l'articulation).

Nous ferons seulement valoir les faits suivants :

Chez les jeunes sujets, dit M. Poirier, la bourse du demi-membraneux et du jumeau *ne communique jamais* avec l'articulation. De vingt à trente ans cette communication est très rare. Or notre sujet avait vingt-deux ans. Il n'avait pas de passé articulaire. Nous pensons donc que dans ce cas il pourrait s'agir d'un kyste indépendant de l'articulation. Loin de nous l'idée de mettre en doute l'origine articulaire des kystes poplités qui a pour elle trop de preuves sérieuses tirées de l'anatomie et de la clinique. Mais serait-il illogique d'admettre que la bourse séreuse commune au demi-membraneux et au jumeau peut, tout en restant indépendante de l'articulation, devenir *primitivement* malade ? Chez notre soldat en particulier, il semble que la jointure ait été absolument étrangère au développement du kyste.

Contribution à la chirurgie du péricarde. — Paracentèse et péricardotomie.

(*Bulletin de Thérapeutique*, 1889.)

Dans ce travail, basé sur soixante-dix-sept observations et divisé en trois parties, nous avons dans un premier chapitre cherché à démontrer qu'on devait intervenir :

1° Quand l'épanchement menace par son abondance d'arrêter le fonctionnement du cœur ;

2° Quand l'exsudat, tout en restant d'abondance médiocre, expose par son allure chronique et par sa persistance le cœur à la dégénérescence graisseuse ;

3° Quand le liquide épanché devient septique.

Dans un second chapitre, nous nous sommes appliqué à préciser le mode d'intervention le plus avantageux et à établir les cas justiciables de la ponction et de l'incision.

Les observations nous ont montré qu'il est nécessaire d'établir trois ordres de faits :

1° D'une part, péricardites aiguës, le plus souvent d'origine rhumatismale ; la ponction peut ici presque toujours suffire si l'épanchement est séreux ;

2° En second lieu, les péricardites purulentes ; ici l'incision seule devra être pratiquée : elle permet l'évacuation permanente et facilite l'antisepsie ;

3° Enfin, en troisième lieu, les épanchements séreux, qui après une ponction sont devenus louches, se sont infectés secondairement ; ici encore l'incision rapide est le procédé de choix.

Nous avons rangé dans une catégorie à part l'hémopéricarde traumatique. S'il est infecté, l'incision s'impose, et nous avons rapporté deux observations où les accidents mortels, survenus par suite de la septicité, auraient pu être conjurés par une incision large.

Dans un troisième chapitre, nous avons étudié les différents procédés opératoires et nous avons préconisé :

1° La ponction dans le quatrième espace, de préférence en dehors de la mammaire interne ;

2° L'incision au point le plus déclive, c'est-à-dire le cinquième espace intercostal. Elle doit être pratiquée près du sternum en cherchant à découvrir d'abord la mammaire interne et à la récliner en dedans. L'incision placée ainsi en dedans a encore l'avantage d'empê-

cher la destruction du parallélisme des incisions cutanéo-musculaire et péricardique, lorsque la poche se vide.

Si le pus se vide bien, les lavages seront inutiles, car ils sont parfois dangereux et arrêtent les battements du cœur.

Fracture par enfoncement du pariétal droit. — Paralysie et anesthésie du membre supérieur gauche huit ans après l'accident. — Trépanation. — Guérison.

(*Observation lue à la Société de chirurgie*, le 4 février 1891. Malade présenté le 18 mars 1891.)

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans notre service de l'hôpital d'Abbeville, un cas intéressant de chirurgie cérébrale. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-deux ans, incorporé depuis dix-huit mois au 72e régiment d'infanterie, et qui à l'âge de quatorze ans avait reçu sur la tête une pierre qui lui avait enfoncé le pariétal droit. Perte de connaissance immédiate. Parésie du côté gauche. Disparition des accidents au bout de quinze jours.

Le malade, employé depuis au chemin de fer du Nord, est incorporé à la fin de 1887.

Au bout d'un an de service, après les manœuvres d'automne, il s'aperçoit que son bras faiblit. Il ne peut plus suivre les exercices qu'avec difficulté. Enfin, au commencement de 1889, il est obligé de suspendre tout service.

Nous le voyons pour la première fois en avril 1889. Le membre supérieur gauche est amaigri, la main n'a plus de force. La sensibilité est très émoussée. Au bout de six semaines, des secousses et de la contracture se montrent, en même temps que le membre inférieur correspondant devient faible et se trouve parfois agité de petites secousses.

Le pariétal droit présente un enfoncement marqué, en forme de cuvette, et nous n'hésitons pas à rapporter les accidents précités, malgré leur échéance tardive, au traumatisme du crâne.

Nous pratiquons la trépanation. L'os est fortement hyperostosé. La dure-mère est saine. Nous faisons une large excision osseuse en enlevant toute la partie déprimée. Quinze jours après l'opération, tous les accidents se sont pour ainsi dire évanouis. La sensibilité, la motilité sont revenues. La contracture a disparu.

Cette observation nous a paru intéressante parce que :

Elle démontre que, huit ans après la guérison d'un traumatisme du crâne, des accidents graves peuvent éclater;

Elle nous offre un exemple du mécanisme des accidents produits par une hyperostose;

Ce fait vient en outre à l'appui de l'opinion des chirurgiens qui trépanent toute fracture sous-cutanée du crâne par enfoncement, même lorsque cet enfoncement ne s'accompagne pas d'accidents immédiats ;

Enfin elle montre les résultats excellents que donne la trépanation tardive contre des troubles fonctionnels graves. Notre malade était guéri quinze jours après. Il n'a pas été réformé et exerce aujourd'hui la profession pénible de couvreur.

Deux observations de fistule branchiale.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 3 février 1892. Rapport de M. Berger.)

Nous avons adressé en 1890 à la Société de chirurgie deux observations de fistule branchiale sur lesquelles M. le Dr Berger a bien voulu faire un rapport.

La première observation est celle d'un jeune soldat porteur d'une double fistule branchiale de la région sous-hyoïdienne.

L'une de ces fistules, celle du côté gauche, était oblitérée. Mais le siège de l'ancien orifice au niveau de l'orifice symétrique de la fistule du côté opposé, le cordon plein qui lui faisait suite et qui se dirigeait vers l'os hyoïde, les accès de toux que déterminait son exploration, enfin l'ascension de la cicatrice dans les mouvements de déglutition indiquaient assez qu'il s'agissait bien des restes d'une fistule congénitale de la partie latérale du cou *spontanément guérie*.

Du côté droit, la disposition de la fistule qui appartenait à la variété borgne externe reproduisait tous les caractères classiques des fistules branchiales.

Ce que nous avons cru surtout intéressant de rappeler, ce sont les symptômes fonctionnels que déterminait l'exploration du trajet fistuleux, symptômes beaucoup plus marqués que ceux qu'on observe d'ordinaire dans les cas de ce genre. C'étaient :

1° Un écoulement assez abondant de muco-pus qui se produisait également dans les mouvements de déglutition ;

2° Des accès de toux sèche, d'autant plus intenses qu'on agissait avec plus d'insistance sur le trajet;

3° Une pâleur très marquée de la face et des sueurs abondantes qui se produisaient pendant ces explorations;

4° L'intermittence des bruits du cœur et du pouls caractérisée par un arrêt survenant toutes les quatre ou cinq pulsations.

Nous avons rapporté ces troubles fonctionnels à l'excitation du pneumogastrique et de ses branches (nerf laryngé supérieur dont les relations avec le développement du quatrième arc branchial sont bien connues).

— Notre seconde observation nous présente une variété beaucoup plus rare de fistule branchiale ; il s'agit d'une *double fistule congénitale préauriculaire* se dirigeant vers l'extrémité antérieure de l'helix et se rattachant à un défaut d'oblitération de la première fente branchiale.

Tandis que du côté gauche l'affection n'était constituée que par un petit orifice fistuleux situé en avant de l'hélix et conduisant dans une poche sous-cutanée de peu d'étendue, du côté droit un trajet analogue et symétrique se compliquait d'une cavité sous-cutanée située plus bas et en avant de l'orifice, communiquant avec lui par un trajet rétréci, de telle sorte que la pression exercée sur cette sorte d'abcès faisait refluer le muco-pus par l'orifice du trajet fistuleux.

Le siège bilatéral et symétrique de cette singulière lésion, son origine congénitale, la constitution de la membrane qui tapissait sa cavité et que nous avons pu examiner à loisir, après avoir incisé le trajet fistuleux, nous firent conclure qu'il s'agissait de fistules congénitales se rattachant à un arrêt de l'évolution de la première fente branchiale.

A l'époque où nous avons adressé nos deux observations (1890), nous n'avons pu retrouver qu'un fait analogue cité par Heusinger. Mais depuis notre communication est paru l'important traité de M. le professeur Lannelongue sur les *Affections congénitales* de la tête et du cou, traité qui contient la relation d'un assez grand nombre de cas du même ordre et tout particulièrement celui figuré à la page 231 de ce traité. De plus, M. le professeur Le Dentu, dans la discussion qui suivit le rapport de M. Berger, a décrit un fait identique, observé par lui chez un homme de vingt à vingt-cinq ans.

Dans notre observation, l'influence héréditaire était marquée par ce fait que le frère du malade, sa sœur et l'un de ses deux enfants portaient une malformation analogue.

8769 — Imp. réunies, rue Mignon, 2, Paris.